UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1919 — N° 14

Contribution à l'Etude

DE LA

SYPHILIS NERVEUSE

Chez les Indigènes

MAHOMETANS DE L'ALGÉRIE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 12 Décembre 1919

PAR

Etienne-Paul LAURENS

Né à Zemmora, le 25 Septembre 1893

MEMBRES DU JURY :

MM. GILLOT, Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, *Président.*

ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale.
CRESPIN, Professeur de Clinique médicale infantile.
RAYNAUD, Chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges*

ALGER

IMPRIMERIE F. MONTÉGUT

12, Rue Charras, 12

1919

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1919 — N° 14

Contribution à l'Étude

DE LA

SYPHILIS NERVEUSE

Chez les Indigènes

MAHOMETANS DE L'ALGÉRIE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 12 Décembre 1919

PAR

Etienne-Paul LAURENS

Né à Zemmora, le 25 Septembre 1893

MEMBRES DU JURY :

MM. GILLOT, Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, *Président.*

ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale.
CRESPIN, Professeur de Clinique médicale infantile.
RAYNAUD, Chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges*

ALGER

IMPRIMERIE F. MONTÉGUT

12, Rue Charras, 12

1919

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O, ✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... N... .

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪)
Chimie biologique	MAILLARD (✻, I, ✪)
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪ ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O, ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪),
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻I.✪MA.O ✪)
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène	CHASSEVANT.
Médecine légale	MICHELEAU.
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie	X...
Physiologie	X...
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O ✻)
REY (✻, I. ✪).
BATTANDIER (I. ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, A. ✪)

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie..... M. TOURNADE (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✻, I, ✪).
	LOMBARD.
Médecine	M. RAYNAUD.
Accouchements	FUSTER (✻, I. ✪).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A., ✪).
Parasitologie et sciences naturelles	X...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTE D'ALGER

A Monsieur le Professeur GILLOT

Professeur de Clinique des maladies des pays chauds
et des maladies syphilitiques et cutanées.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR CRESPIN

Professeur de Clinique Médicale Infantile

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYNAUD

Chargé des Fonctions d'Agrégé

A la Mémoire

de mes Camarades morts pour la Patrie,

(1914-1918).

MEIS ET AMICIS.

E. LAURENS.

Avant-Propos

La pathologie algérienne a longtemps été envisagée bien différemment de la pathologie européenne ordinaire; aussi fut-il difficile de faire admettre la possibilité d'une dothienenterie, d'une tuberculose, d'une dysenterie, d'un cancer, etc., chez les indigènes mahométans de l'Algérie.

Cette sorte d'immunité *à l'égard des maladies qui nous sont communes fut invoquée pour leur* système nerveux : *c'est ainsi qu'on en était venu à nier l'existence* des accidents nerveux *chez les Arabes porteurs d'une* syphilis.

Cette dernière question nous a vivement intéressé : nous avons réuni les travaux sur la syphilis nerveuse chez les indigènes, publiés jusqu'à nos jours. Nous avions projeté quelques recherches que le manque de temps ne nous a pas permis de terminer. D'autre part, les observations n'ayant pas été prises pendant la guerre, il ne nous est possible que d'en publier cinq, dont deux personnelles, recueillies dans les Services de l'hôpital civil de Mustapha.

Au moment de terminer nos études médicales, notre pensée va à tous nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, *que nous avons quittés en* 1914 *pour partir aux armées; qu'ils reçoivent ici l'hommage de notre reconnaissance la plus vive pour le précieux enseignement qu'ils nous ont donné.*

Toute notre reconnaissance va aussi à Monsieur le Doyen *et à tous les* Professeurs de la Faculté de Médecine d'Alger, *pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont témoigné.*

Nous devons beaucoup à M. le Professeur Ardin-Delteil, M. le Professeur Gillot, M. le Professeur Poujol, M. le Docteur M. Raynaud, *chargé des fonctions d'agrégé,* M. le Professeur Rouvier, M. le Docteur Goinard, *chirurgien des Hôpitaux. Ces maîtres furent pour nous toujours pleins de bonté : qu'ils veuillent bien accepter ici l'hommage de notre gratitude et de notre entier dévouement.*

M. le Docteur Montpellier *est l'inspirateur de notre travail : nous lui adressons nos remerciements les plus vifs pour les excellents conseils qu'il nous a donnés.*

Historique

La syphilis nerveuse, qui fait le sujet du présent travail, a passé en *Algérie,* par plusieurs périodes : d'abord niée, elle a été reconnue presque aussi fréquente chez les indigènes mahométans que chez les Européens.

Les médecins militaires qui la niaient, étaient les médecins de la conquête, que seule l'étude des *pyrexies* intéressait : tous frais venus de la *Métropole,* dans un pays nouveau dont les habitants appartenaient à des races nouvelles, vivant un genre de vie très différent de celui auquel ils étaient accoutumés, ils s'attendaient aussi à trouver des *maladies nouvelles* et non les maladies qu'ils avaient étudiées avant leur arrivée en Algérie ; quoi d'étonnant dès lors à les voir nier : *typhoïde, tuberculose, dysenterie,* etc., etc. Ils niaient même les *maladies nerveuses :* c'est ainsi que Grellois, en 1846, écrivait dans une *Esquisse d'Hammam Meskoutine :* « L'existence simple, en quelque sorte patriarcale des Arabes, bornée tout entière par l'horizon de leurs montagnes; le peu d'intérêts graves qui s'agitent sous la tente; le développement médiocre de leur intelligence, donnent une faible prise aux mouvement d'exaltation cérébrale qui se terminent si souvent par la folie dans nos pays ; aussi n'ai-je rencontré aucun aliéné dans mes excursions autour d'Hammam-Meskoutine ».

Mais un nouvel auteur militaire devait, quelques années plus tard, donner un démenti formel à cette assertion. Dans une *notice topographique et médicale sur Orléansville,* Dussourt écrivait, en 1853 : « La folie n'est pas rare à Orléansville, comme dans toute l'Algérie, chez les Indigènes et chez les Européens ».

Ces dernières affirmations furent contrôlées et confirmées deux ans plus tard par le fondateur de l'Ecole de Médecine d'Alger : Bertherand.

Bertherand a étudié *la médecine et l'hygiène des Arabes.* Il a trouvé de nombreux sujets atteints de sciatique, des épileptiques en grande quantité. « Les idiots, les fous, les aliénés ne sont pas rares en Algérie, écrit-il, les hommes étant plus disposés que les femmes ». Déjà en 1840, le frère de Bertherand avait compté dans la seule ville de Blidah, deux à trois cents crétins et fous ! Voilà qui démolit, sans réserve aucune, les assertions de Grellois.

Jusqu'à ce jour la *syphilis* avait été remarquée comme une maladie très fréquente sans qu'on ait pensé à établir une corrélation quelconque entre cette maladie et certains accidents nerveux. C'est en 1862 que Vincent, médecin militaire, dans un article de son ouvrage sur les *maladies des Kabyles,* où il traite spécialement de la syphilis, nota sur 188 cas 21 cas ayant évolué avec des accidents nerveux.

Des *douleurs rhumatoïdes,* caractérisées par l'arthralgie péri-articulaire, la *céphalée temporale,* et par quelques douleurs vagues dans l'échine dorsale sont très fréquentes chez les montagnards du Djurdjura... Quant à la *rétraction des membres inférieurs,* voici comment nous sommes arrivés à y voir un signe de l'infection syphilitique :

Deux malades faibles, malingres, cachectiques, accusant des douleurs rhumatoïdes et atteints de rétrac-

tion des membres inférieurs que rien ne pouvait expliquer, s'étaient succédés dans nos salles où malgré nos instances ils n'avaient fait qu'un très court séjour; mais un troisième individu, dans les mêmes conditions de santé, et porteur de la même affection, entra quelque temps après à l'hôpital. Cet homme était, de plus, atteint depuis plusieurs mois, d'ulcères superficiels des jambes, que nous crûmes pouvoir guérir par des soins de propreté et des pansements simples, en joignant à ces moyens locaux un bon régime et une médication tonique ». Cette médication ne donnant aucun résultat appréciable et l'état local empirant, VINCENT institue un traitement mercuriel d'épreuve qui, deux mois après, amène la guérison totale des syphilides cutanées et de la rétraction musculaire. Il est probable qu'il s'agissait là d'une paraplégie avec contracture par myélite.

Enfin, pour terminer la série des écrivains militaires, citons LECLERC qui, en 1864, au cours d'une *mission en Kabylie,* a constaté deux cas d'*épilepsie essentielle,* et 13 cas de *sciatique.* Bien qu'il ne dise rien de l'étiologie de ces 15 cas d'affections nerveuses, et sans tabler sur les deux cas d'épilepsie essentielle dont cependant l'origine spécifique paraît être actuellement à l'ordre du jour, il nous est permis de penser que sur *treize sciatiques,* une bonne moitié était due à la *spécificité.*

Alors que l'existence des syphilis nerveuses tendait de plus en plus à être acceptée par les derniers médecins de la conquête, la période qui s'étend de 1864 à 1900 ne révèle rien comme travaux sur la syphilis nerveuse chez les indigènes mahométans d'Algérie. Seul MERTZ, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Alger, en 1895, dans une *note sur quelques particularités de la syphilis chez la femme enceinte et de l'heredo-syphilis en Algérie,* conclut :

« Nous admettons, sous bénéfice d'inventaire, et par suite de la moindre culture, un certain degré d'immunité du système neuro-spinal et encéphalique de nos sujets mahométans. »

Cette immunité, prônée par MERTZ, SCHERB, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine d'Alger, la proclame à son tour en 1901 devant la *Société de Neurologie de Paris*. Ayant étudié de très près les maladies nerveuses chez nos indigènes durant une période de trois années, SCHERB n'en a rencontré que quatre cas, tous d'origine spécifique.

Il s'agissait d'un syndrome simulant la paralysie alterne, d'un cas d'artérite des deux artères rolandiques ayant déterminé une hémiplégie double avec contracture, d'un cas de méningo-myélite du cône terminal, enfin d'un cas de paralysie du moteur oculaire commun. Il affirmait en outre à la même séance qu'en l'espace de 4 ans il n'avait pas vu un cas de tabès ni de P. G. chez les Arabes.

« Les Arabes, concluait-il, ne font pas de tabès ni de méningo-encéphalite diffuse parce que ces syndrômes sont plutôt le résultat d'altérations para-syphilitiques (?) provenant d'une lente et sûre diffusion héréditaire. La causalité en serait toxinique, peut-être encore deutéropathique, et la circonstance favorisante consisterait en un fonds de névropathie individuelle que les Arabes sont encore loin de pouvoir réaliser. Nul doute, d'ailleurs, que la civilisation aidant et l'alcoolisme se développant parmi eux, ils n'offrent dans un laps de temps difficile à préciser, un terrain névropathique préparé pour les déterminations syphilitiques ».

Nous pensons qu'il faut faire le plus grand cas de l'opinion de SCHERB, qui fut très qualifié en matière nerveuse; cependant des exemples venaient peu de

temps après lui prouver que les Arabes font du tabès, de la P. G.

En 1903, Scherb fut appelé dans le Service du Docteur E. Battarel, médecin des hôpitaux d'Alger, pour y examiner une P. G. Nous résumons l'observation, dont il donna un compte-rendu à la *Société de Neurologie* en 1903 :

Il s'agit d'un indigène — 55 ans — officier de tirailleurs, retraité après 30 ans de service, ayant fait de nombreuses campagnes aux colonies. Durant ces années, il avait bu jusqu'à de l'absinthe pure, il avait fumé, prisé, mâché de l'opium et contracté la vérole au Tonkin.

En 1902, 16 ans plus tard, premiers accidents révélateurs de sa future aliénation : dévotion excessive, humeur exécrable, dépenses inouïes. Il a eu, en 15 jours, 2 ictus qui furent accompagnés d'une légère aphasie, puis de bredouillement. Dans la suite, amnésie, insomnie; parfois, en pleine nuit, il lui était arrivé de se lever et d'obliger, revolver au poing, tous les siens à se lever et à veiller, agité qu'il était d'un tremblement continuel des mains et de la parole.

Son délire *s'objective* lorsqu'il apprend la venue du *Président de la République :* dès lors, il se croit son *officier d'ordonnance,* puis *général, maréchal de France, empereur, cousin d'Abdul-Hamid.* Il possède 400 femmes et arrête tigres et lions.

L'*Examen objectif* dénote un tremblement continu de la tête et des mains, de la langue, des troubles de la parole — Ses réactions pupillaires sont peu nettes : paresse de la pupille droite. — Réflexes rotuliens normaux. — Troubles variables de la sensibilité.

La *Ponction lombaire* montre une lymphocytose très abondante.

En 1905, Scherb publiait la *première observation de tabès chez les Arabes.* Le sujet est un Kabyle âgé

de 38 ans, alcoolique, avec une prédilection marquée pour l'absinthe. Les premières douleurs fulgurantes étaient apparues 12 ans après le chancre : ataxie, arthropathie du genou droit du type Charcot, en un mot le tableau clinique classique du tabès, complété par une lymphocytose très marquée du liquide céphalo-rachidien.

A propos de ces deux observations, SCHERB ne manqua pas d'insister sur les nombreuses intoxications qui avaient préparé (surtout chez le premier sujet), l'éclosion des accidents nerveux : alcool, absinthe, tabac, opium et autres excès physiques.

Environ en 10 ans, SCHERB n'avait constaté en tout que huit cas de maladies nerveuses, d'origine spécifique, chez des Arabes habitant la ville : ouvriers du port, prostituées, en général abusant tous de l'alcool.

Entre temps, en 1902, paraissait la thèse de P. BATTAREL, *sur la P. G. chez les indigènes musulmans d'Algérie*. Il constatait que de 1860 à 1902, sur 633 aliénés arabes internés à Aix, 26 seulement furent atteints de *paralysie générale* : soit une proportion de 3,92 0/0 pour 22 ans. Les cas de P. G. avaient une tendance à s'accroître tous les ans, ce que met en relief le pourcentage fait en remontant seulement à l'an 1877, est qui est de 6,22 0/0. Sur ces 26 cas, 18 reviennent au sexe fort. Il nous a paru intéressant de rechercher le pourcentage donné par les statistiques de la même époque pour d'autres asiles de France et de l'Etranger.

En *Angleterre*, sur 100 aliénés on a trouvé de 25 à 33 0/0 de P. G.

En *France*, à Charenton, 6,6 0/0.

---

(1) Observation *in extenso* in compte-rendu du Congrès Français de médecine, 1905.

Cette dernière proportion se rapprocherait assez du chiffre de 6,22 0/0 accusé par Battarel pour les Arabes, et nous sommes fort surpris de voir cet auteur conclure que la P. G. est rare chez les indigènes mahométans d'Algérie, alors que les statistiques comparées montre qu'elle est presque aussi fréquente que chez l'Européen.

J Brault, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Alger, en 1905, a réservé une large place à l'étude de la syphilis chez les indigènes, dans son ouvrage sur la Pathologie des indigènes d'Algérie. Comme ses devanciers, il accuse la rareté des accidents nerveux et viscéraux et l'absence à peu près complète des accidents para-syphilitiques chez les Arabes. Il note la rareté des lésions du nerf optique, des membranes profondes de l'œil, des paralysies des nerfs moteurs du globe oculaire. Pour atténuer un peu ses affirmamations précédentes, il ajoute cependant que *cette immunité lui paraît relative et n'a pas un caractère absolu.* « Nous avons, dit-il, des exemples qui le prouvent... Ce qui est vrai pour les accidents nerveux, l'est aussi pour la para-syphilis ».

Brault admettait que cette immunité relative du système nerveux des indigènes à l'égard de la vérole semblait due à la fréquence chez eux de la syphilis héréditaire qui « est moins méchante que la syphilis acquise, qui aime surtout la peau et les os et qui, en outre, préserverait des atteintes profondes ceux qui, déjà syphilisés par hérédité, contracteraient une nouvelle syphilis ». En ce qui concerne les accidents para-syphilitiques, la question de l'alcool primerait le reste : c'est la conclusion des auteurs précédents.

Vers cette même époque, *M. le Professeur* Gillot, passant en revue les différentes maladies applicables à la Pathologie algérienne, s'exprime comme il suit

au sujet des maladies nerveuses chez les indigènes :

« Pour ce qui concerne le système nerveux des Arabes, on le voit se comporter bien autrement que le nôtre, au point de vue pathologique. C'est qu'il est constamment au repos moral. Le Mahométan n'a pas nos soucis, nos chagrins, notre surmenage intellectuel surtout : s'il ne connaît pas l'exquis de nos jouissances psychiques, il ignore par contre nos dépressions neurasthéniques.

« C'est peut-être pour cette raison que nous voyons la syphilis ne pas se localiser volontiers sur leurs centres nerveux. Depuis longtemps, on a remarqué l'absence de tabès ou de P. G. Quoique la syphilis soit très fréquente chez les Arabes, on ne la voit guère intervenir comme cause d'accidents nerveux. La syphilis cérébrale est tout à fait exceptionnelle chez eux. Elle EXISTE cependant et comme preuve de sa possibilité, je citerai l'observation suivante : (Résumée).

T. K., 55 ans, arabe, garçon de café à Alger. Alcoolique, nie toute syphilis antérieure, mais présente de nombreux ganglions inguinaux, épitrochléens, occipitaux, en plus de cicatrices caractéristiques sur les jambes. Tibias en lame de sabre.

4 jours avant son entrée à l'hôpital, il s'éveille engourdi et parésié du coté droit.

A son entrée, il a la parole embarrassée; une parésie légère de la face et des membres à droite — pas de troubles de la sensibilité. — La marche est difficile. — Réflexes un peu diminués du côté malade, — pas d'incoordination, — pas de Romberg, — rien du côté des viscères, — inégalité pupillaire, — signe d'Argyll Robertson positif.

La guérison fut obtenue par le traitement mercuriel. »

Un peu plus tard, le même auteur publiait un cas de tabès chez un Arabe buveur d'absinthe, un tabès dont le tableau clinique était au complet et dont la ponction lombaire marquait une lymphocytose abondante.

Dans ces deux cas de syphilis nerveuse, il s'agissait évidemment d'alcooliques avérés, à la suite de quoi l'auteur concluait : « En définitive l'alcool semble être le principal poison du système nerveux chez les Arabes, la principale cause des affections cérébrales telles que les hémiplégies que l'on rencontre surtout chez ceux qui habitent les villes. »

En résumé, pour les auteurs qui ont écrit sur le sujet qui nous occupe, depuis 1900, tous s'accordent en définitive, à déclarer que la syphilis nerveuse existe chez les Arabes, mais qu'elle est rare surtout parce que la syphilis évolue sur un terrain non alcoolique.

Jusqu'ici les études portaient surtout sur des indigènes des villes. Or, en 1906, *le Docteur* Gros, *médecin de colonisation,* faisait paraître dans le *Bulletin Médical de l'Algérie, la statistique des maladies traitées à l'Infirmerie indigène de Rebéval (Kabylie), en* 1904.

Le nombre des malades indigènes traités dans l'année étant de 3.909, 112 présentaient des accidents nerveux (2,89 0/0). L'auteur n'a pas rapporté l'étiologie de la plupart de ces 112 cas; nous avons cru intéressant de rapporter quelques diagnostics concernant ces nerveux :

Hémiplégie droite (femme de 30 ans). Paralysie jambe droite (homme de 60 ans). Tumeur du cervelet (syphilis ?). (H. 45 ans). Lathyrisme ? (paraplégie spasmodique), 2 cas. (H. de 24 et 35 ans). Tabès ataxo-paraplégique (pseudo-tabès syphilitique ?). (H. de 26 ans). Méningitisme (fille de 2 ans). Hystérie (très fréquente, n'en a vu que deux cas, ce genre de maladie

relevant du marabout). Epilepsie (fréquente comme toutes les névroses en général), Migraine : 11 cas (5 h., 6 f.). Céphalalgie (sans cause reconnue : 4 cas (3 h., 1 f.). Impuissance : 4 cas (H. de 34, 38, 48, 55 ans). Névralgies (très communes en raison de l'habitude qu'ont les indigènes de dormir à terre. Paludisme ? Syphilis ?).

Au cours de la même année, *le Docteur* A. Marie, *de l'Asile d'Abassieh* (*Egypte*) publiait *quelques photos d'Arabes syphilitiques et paralytiques généraux :* « Ce document, disait l'auteur, est confirmatif de l'existence fréquente de la P. G. chez les Arabes, et contribuera sans doute à détruire la légende de l'immunité des races inférieures à l'égard de la P. G. ». Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'Arabes d'Algérie, nous avons cru utile de citer ce travail qui a trait à des Arabes qui sont, en somme, en tous points semblables à nos indigènes d'Algérie.

En 1907, Sicard, *d'Alger,* reprenant *l'étude de la fréquence des maladies nerveuses chez les Indigènes mahométans d'Algérie,* cite la statistique de Dumolard, médecin des Hôpitaux d'Alger, d'après laquelle sur 100 indigènes traités à l'Hôpital civil de Mustapha, il trouve 2,22 0/0 de cas de maladies nerveuses contre 3,49 chez les Européens.

Parmi les sujets étudiés par Sicard :

La moelle et l'encéphale sont touchés 28 fois.

Les nerfs sont touchés 12 fois,

Les méninges sont touchées 7 fois.

Sur 62 cas observés, 24 fois la syphilis intervient d'une façon certaine. Voici le résumé ou les titres de ces 24 observations :

O. 2. — P. G. chez un ancien tirailleur de 35 ans. 8 ans de service. Lymphocytose très abondante.

O. 4. — Paraplégie spasmodique, forme d'Erb. signe d'Argyll.

O. 5. — Tabès supérieur, cécité, sujet de 35 ans, syphilis remontant à l'âge de 25 ans, non traité, journalier, alcoolique antérieurement, actuellement très sobre (?).

O. 6. — Paraplégie spasmodique, forme d'Erb, alcoolique.

O. 7. — Syphilis cérébrale, épilepsie jacksonnienne, Indigène 58 ans, monoplégie du bras gauche.

O. 8. — Syphilis cérébro-sipnale, hémiplégie gauche, sujet de 34 ans, chancre il y a 5 ans, non traité.

O. 9. — Myélite syphilitique, Arabe non alcoolique, amélioré par traitement spécifique.

O. 10. — Syphilis cérébro-spinale, hémiplégie, signe d'Argyll, Arabe non alcoolique.

O. 11. — Syphilis cérébrale, signe d'Argyll, âge: 38 ans.

O. 12. — Syphilis cérébrale, signe d'Argyll, âge: 30 ans portefaix, chancre à 20 ans, lymphocytose. Amélioration par le traitement mercuriel.

O. 13. — Méningite syphilitique, Indigène de 35 ans.

O. 14. — Paraplégie spasmodique, myélite chronique, signé d'Argyll, ancien tirailleur, syphilitique, de 35 ans.

O. 24. — Hystérie, Polyurie, femme syphilitique, Améliorée par le mercure.

O. 27, Hémiplégie. — O. 28, Myélite aiguë. — O. 29, Syphilis cérébro-spinale. — O. 30, Céphalée syphi-

litique. — O. 31, Hémiplégie gauche. — O. 32, Myélite aiguë. — O. 33, Tabès. — O. 34, Tabès incipiens. — O. 62, Tabès.

On voit par là que la syphilis est loin d'épargner le *système nerveux* des indigènes syphilitiques.

A Coudray, médecin militaire, qui niait les affections para-syphilitiques chez les Arabes, malgré l'expansion de la vérole chez ces derniers, et malgré les abus médullaires, Sicard put répondre que, jusqu'en 1909, on avait observé à l'*Hôpital civil d'Alger :*

8 cas de tabès, dont 7 depuis 1905,

11 cas de paralysie générale jusqu'à l'année 1907.

Depuis 1907, Sicard a relevé, à l'*Hôpital civil de Mustapha,* l'observation de 7 nouveaux cas d'affections organiques syphilitiques des Centres nerveux (1), (dont 3 myélites et 2 tabès), et cinq autres cas (dont 3 myélites), qui lui furent communiqués par le Docteur Fromont.

Pour Sicard, la fréquence des myélites expliquerait la rareté relative du tabès et de la P. G. Les syphilis non traitées ou traitées insuffisamment, auraient tendance à faire des lésions précoces, aiguës, destructives si elles se localisaient au système nerveux. Les accidents para-syphilitiques apparaîtraient plutôt chez les malades plus complètement traités, chez qui le virus a subi une certaine atténuation.

Pour clore la liste des auteurs qui ont traité de la syphilis nerveuse avant la guerre, citons E. Battarel, qui, en 1911, analysa dans le *Bulletin médical de l'Algérie* un article du *Docteur Ernst* Rüdin, *Privat docent de Psychiatrie de Munich,* paru en 1909 dans la *Médecine Internationale.* Ce dernier, qui fit un séjour assez prolongé en Algérie et à Aix, a établi que, mal-

(1) In *Bulletin Médical de l'Algérie,* 1910.

gré la grande fréquence de la syphilis chez les Arabes, la P. G. demeure assez rare. Après la syphilis, il rend responsable les *influences de la civilisation* : l'alcoolisme et surtout le surmenage intellectuel. Les conclusions de E. Battarel au sujet de la P. G. sont :

1° Qu'elle est rare;

2° Récente;

3° Qu'elle prend le plus souvent la forme maniaque à impulsions violentes;

4° Qu'elle frappe les plus civilisés, ceux qui vivent plus ou moins à l'européenne, qui en ont les soucis, la contension d'esprit, qui font travailler leur cerveau.

5° L'influence de l'alcool, du kif, de l'opium, ne suffisent pas à la produire : ce sont des adjuvants;

6° La syphilis ne suffit pas mais paraît nécessaire pour être actionnée par la civilisation.

Nous entrons, dès à présent, dans une période féconde en matière de syphilis nerveuse : cette période est marquée par la grande guerre qui révolutionna les cinq parties du monde. Une telle secousse devait être ressentie particulièrement par les Indigènes d'Algérie qui prirent une part très active à la défense de notre pays. Ce fut un remue-ménage complet des frontières de Tunisie aux frontières marocaines, du littoral jusqu'aux parties les plus reculées du Sud-Algérien. Des milliers d'Indigènes qui n'avaient jamais dépassé les limites de leur douar, des milliers de Kabyles qui n'étaient jamais descendus de leurs montagnes, changèrent du jour au lendemain de pays, d'habitudes, de nourriture, en un mot, *vécurent une vie nouvelle*. Ils burent de l'alcool comme les camarades, ils s'habituèrent au vin, ils subirent les fatigues physiques que tous les soldats subissent en temps de guerre : or, il ne semble pas que cette adap-

tation à la vie européenne ait augmenté le nombre des accidents nerveux et surtout des P. G. chez les syphilitiques qui, cependant, furent plus nombreux que jamais.

Porot, chef du Centre de Neurologie de l'Afrique du Nord pendant la guerre, s'exprime ainsi dans la *Revue de Neurologie* (1916) : « Bien qu'elle (la syphilis nerveuse) ait passé pour rare, jusqu'à présent, j'ai observé trois cas, une myélite ascendante, à marche rapide et mortelle, coïncidant avec des gommes cutanées chez un tirailleur de 27 ans; une hémiplégie par artérite cérébrale chez un sujet de 40 ans; un syndrome cérébelleux chez un jeune soldat présentant un Wasserman positif, très amélioré par le traitement spécifique.

« Je n'ai pas rencontré de P. G. indigène, et je crois qu'on peut admettre l'immunité relative du système nerveux de l'Indigène vis-à-vis de la syphilis, à condition qu'on ne l'entende que des processus à localisation parenchymateuse, le système artériel restant directement vulnérable dans l'encéphale comme dans les autres régions. »

2 ans plus tard, Porot *ajoute* :

« Pas un cas de P. G. indigène depuis la guerre, malgré la diffusion de la syphilis et les éléments nouveaux apportés à la vie mentale de ce peuple. L'imprégnation du système nerveux par le virus syphilitique n'est pourtant pas rare, comme l'a montré Sicard (de Paris), et comme nous l'avons constaté nous-même. Faut-il rapprocher cette immunité de l'absence presque constante de la constitution anxieuse chez l'Indigène et faire du surmenage anxieux le facteur pathogène de la P. G. sur un cerveau syphilitique ? ».

L'article de Sicard, *de Paris,* auquel Porot fait allusion ci-dessus, venait en effet, de prouver que, tout

comme l'Européen, l'Arabe syphilitique fait de la *méningite latente.*

Ces auteurs (Sicard et Lévy-Valensi) recherchèrent, dans ce but, chez un certain nombre d'Arabes en traitement pour blessures de guerre, les réactions humorales propres à déceler la syphilis des centres nerveux : Réaction de Bordet-Wasserman du sang et du liquide céphalo-rachidien ; albuminurimétrie ; mesure de la lymphocytose rachidienne et de la tension du liquide.

Ils concluent : « Le caractère positif de ces réactions chez de nombreux sujets, en l'absence de toute manifestation symptômatique apparente cliniquement, est intéressante à noter. Le parenchyme nerveux, tout comme celui des autres tissus, sait se défendre par son immunité spontanée de race vis-à-vis du virus syphilitique, présent cependant dans son voisinage méningé direct. »

Une note semblable nous est donnée par deux auteurs tout aussi étrangers à l'Algérie, et qui ont mis à profit l'occasion que leur donnait la guerre d'étudier de très près les manifestations nerveuses au cours de la syphilis chez les Indigènes de l'Afrique du Nord.

Lévy-Bing et Gerbay ont traité en un an 123 Arabes ou Berbères atteints de lésions spécifiques en activité :

9 appartenaient à la période primaire,
63 appartenaient à la période secondaire,
51 appartenaient à la période tertiaire.

Sur ces 123 indigènes, une quarantaine avaient contracté la maladie depuis le 1er août 1914.

Un jour, brusquement, un Arabe que ces auteurs traitaient pour des syphilides secondaires, tomba sans connaissance, en proie à une crise d'épilepsie

généralisée. L'examen clinique approfondi de ce malade, complété par une ponction lombaire, démontra qu'il s'agissait d'une épilepsie d'origine spécifique.

Les indigènes, en traitement, se plaignaient, la plupart, de céphalée et d'insomnies tenaces.

Lévy-Bing et Gerbay ont pratiqué des examens du liquide céphalo-rachidien chez des Arabes syphilitiques au cours de la période secondaire et tertiaire, présentant des symptômes prouvant l'atteinte nerveuse. Parallèlement, ils ont ponctionné d'autres Arabes syphilitiques n'accusant aucun symptôme nerveux, à seules fins d'y déceler la méningite latente.

Les ponctions pratiquées sur les sujets des 25 observations publiées dans les *Annales des maladies Vénériennes* (1) ont révélé des modifications relativement fréquentes au cours des périodes secondaire et tertiaire, et des lésions de méningite latente chez les sujets n'accusant aucun symptôme nerveux cliniquement appréciable.

Ces deux auteurs concluent que les manifestations nerveuses rencontrées le plus couramment chez les Européens syphilisés, se retrouvent aussi chez les Arabes syphilisés du même âge.

« Sans vouloir nous étendre à des généralisations trop hâtives, terminent-ils, nous pensons que la syphilis est capable, chez les Arabes, tout comme chez les Européens, de donner lieu à des syndrômes nerveux graves, sans excepter la P. G. »

En somme, les conclusions de ces deux groupes d'auteurs sont semblables : elles sont à retenir parce qu'elles sont étayées par un procédé absolument sûr : la ponction lombaire.

Cependant, on pourrait reprocher à ces auteurs d'avoir tiré des conclusions définitives après des re-

(1) Août 1917.

cherches incomplètes, puisqu'elles ne portent que sur un élément des populations indigènes, celui qui s'est le plus rapproché de nos mœurs, de nos conditions de vie : *l'élément militaire.*

C'est ce qui a conduit le *Docteur* MONTPELLIER à pratiquer le même genre de recherches chez des Indigènes n'ayant pas changé leurs habitudes au cours de la guerre.

MONTPELLIER a ponctionné environ 60 sujets syphylitiques aux diverses périodes, recrutés parmi les races les plus diverses qui composent la population de l'Algérie : Arabes, Kabyles, Mozabites, Nègres, montagnards des Hauts-Plateaux, Arabes du Sud : ils sont d'âges très variables et de condition des plus diverses. Il a décelé par la ponction lombaire des modifications très fréquentes de la constitution normale du liquide céphalo-rachidien, modification portant soit sur la tension, soit sur le taux d'albumine, soit sur la lymphocytose, ou sur tous ces éléments à la fois.

Cependant, l'auteur a noté que la modification la plus constante porterait sur le taux d'albumine : c'est l'hyper-albuminose qui marquerait au début de la période secondaire les premières modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien.

En effet, ce dernier serait indemne pendant la période primaire, au contraire, au cours de la période secondaire, la réaction méningée viendrait en même temps que les divers symptômes généraux : céphalée, vertiges, rachialgie, exagération des réflexes, etc., etc. Après la période cutanée, les modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien perdraient de leur fréquence. Enfin, pendant la troisième période, l'auteur a rarement décelé une réaction méningée notable, sauf les cas, bien entendu, où l'axe cérébro-spinal est sérieusement atteint.

Ses conclusions sont les suivantes : « 1° Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont, au cours de la syphilis, aussi fréquentes chez les Indigènes que chez les Européens; 2° L'évolution, les caractères de ces modifications pathologiques sont exactement superposables ici et là; 3° Au surplus, s'il est vrai qu'il est particulièrement difficile chez l'Indigène, pour des raisons diverses, de mettre en évidence les différents symptômes marquant l'existence d'une réaction méningée au cours de la période secondaire de la syphilis, il n'en est pas moins vrai que, cliniquement même, ces syndrômes méningés existent chez eux avec la même fréquence que chez nous; il suffit pour s'en assurer, de les chercher et non pas d'attendre qu'ils vous soient spontanément révélés. »

Poursuivant ses recherches sur la syphilis cérébro-spinale, MONTPELLIER publia, quelque temps après, les observations de 8 malades de la clinique syphilitique de l'H. C. de Mustapha, chez lesquels la syphilis est certaine. Ce ne sont point des citadins, qu'on pourrait accuser d'avoir pris goût à la vie européenne.

Voici le résumé de ces 8 observations qu'on trouvera *in-extenso* dans les *Annales des maladies Vénériennes* (1919).

O. N° 1. — L. M., Arabe de 35 ans, *Commerçant*. méningite avec atteinte des III^e^, VII^e^ et VIII^e^ paires.

O. N° 2. — Y. B. M., Arabe de 35 ans, *Propriétaire*. Paralysie faciale et auditive à gauche.

O. N° 3. — G. B. A., Arabe de 42 ans. *Journalier*. Hémiplégie droite totale et complète par artérite oblitérante.

O. N° 4. — N. S., Kabyle de 30 ans, *journalier*. Hémiplégie droite.

O. N° 5. — Y. H., Arabe de 36 ans. *Journalier,* Méningo-myélite avec paraplégie spasmodique.

O. N° 6. — M. B., adj. marocain de 31 ans. Méningo-myélite avec paraplégie flasque.

O. N° 7. — R. S., Arabe de 35 ans. *Restaurateur,* Méningo-myélite, paraplégie avec contracture.

O. N° 8. — B. A. A., Arabe de 24 ans. *Journalier.* Méningo-myélite avec paraplégie et syndrome de Brown-Séquard

Ces malades occupent des professions qui ne sauraient impliquer un surmenage intellectuel bien considérable. Il ne s'agit point d'étyliques. Détail important à noter : l'âge de ces syphilitiques varie entre 24 et 42 ans, la moyenne siégeant vers 33 ans ; ceci coïncide bien avec ce qu'a écrit Fournier, d'après lequel les localisations nerveuses de la syphilis surviennent généralement au cours des dix premières années de la maladie.

Autre détail important : ces malades ne s'étaient jamais traités; or, on note surtout les atteintes nerveuses chez les Européens qui, pour une raison quelconque, ne se sont pas traités.

Montpellier conclut que non seulement « les localisations de la syphilis sur le système nerveux central peuvent exister chez les Indigènes, mais que ces localisations nerveuses ne sont pas plus une rareté chez eux que chez nous ».

Pour terminer, citons l'opinion de Dumolard qui est convaincu que les *maladies nerveuses en général,* sont fréquentes chez les Indigènes et que la *syphilis nerveuse* n'est pas rare chez eux.

Tel est l'historique de la question de la syphilis nerveuse chez les Indigènes mahométans de l'Algérie.

OBSERVATION I

(Personnelle)

(Recueillie dans le Service de M. le Prof. ARDIN-DELTEIL.)

Tabès, ataxie locomotrice, arthropathie tibio-tarsienne.

B. M., âgé de 55 ans, *cultivateur*, né à Beauprêtre (Alger), entre à Trousseau le 7 juillet 1919.

A. H. — Rien de particulier.

A. C. — 2 enfants en bonne santé. Femme décédée après une longue maladie (?).

A. P. — Chancre il y a environ (?) 30 ans. *Alcoolisme.*

Histoire de la maladie (Résumée). — Le malade a commencé à souffrir il y a environ 13 ans. Il ressentit à cette époque de violentes douleurs qui débutèrent par les membres : jambes, d'abord, bras ensuite, puis s'étendirent autour du thorax au point qu'il perdait presque connaissance; ces douleurs constrictives, fulgurantes, l'empêchaient de dormir, ne lui laissaient aucun repos, survenaient brusquement, cessaient de même, pour se reproduire peu de temps après. Le malade a toujours ressenti les douleurs qui sont allées peu à peu en décroissant jusqu'à l'heure actuelle.

Il y a 8 ou 9 ans, son membre inférieur droit s'est trouvé parsemé de nodosités qui se sont ramollies, ont suppuré, puis se sont guéries en laissant des traces dépigmentées au centre et très pigmentées à la périphérie : ces cicatrices sont encore apparentes sur la face antéro-externe de la cuisse droite.

L'année avant la guerre (1913) la persistance des douleurs fulgurantes amène notre indigène dans le Service de M. le Docteur Brault, dans lequel il séjourne environ trois semaines et y reçoit une série de piqûres de bi-iodure de mercure ; se trouvant soulagé et surtout « dégoûté » des piqûres, le malade sort sur sa demande.

Il y a environ un an, le malade s'est éveillé « *comme paralysé* » ; il fut obligé de garder le lit « ses jambes étant absolument raides », et c'est dans ces conditions qu'il fut hospitalisé dans le Service de M. le Professeur Soulié, où il séjourna encore trois semaines. Nouvelle série de piqûres. Nouvelle amélioration qui permit au malade de faire quelques pas en s'aidant avec une canne.

Après sa sortie de l'hôpital, il a remarqué que sa cheville enflait et devenait très dure, mais non douloureuse : la marche devint, de ce fait, plutôt pénible. Les douleurs fulgurantes ont fait une nouvelle apparition.

Etat actuel du malade (23 juillet 1919). — La chose la plus frappante dans cet individu est l'arthropathie de son cou de pied droit. Le pied est tuméfié, surtout au niveau des articulations du médio-tarse. La pression avec le doigt ne laisse pas d'empreinte; le bord interne est épaissi, la voûte plantaire affaissée; le pied, d'une dureté de bois, est raccourci, prenant l'aspect cubique typique du « *pied tabétique* ».

La recherche de la dissociation syringo-myélique est négative.

Troubles moteurs. — Les mouvements des membres supérieurs sont maladroits. Au cours de la marche, le malade *talonne*. Il lui est impossible de s'arrêter brusquement, sur un ordre, et de tourner de même. Hypotonie musculaire. Signe de Romberg = +.

Troubles des réflexes. — Abolition des réflexes patellaires, des achilléens et des crémastériens. Le signe d'Argyll n'a pu être recherché en raison d'un myosis permanent.

Troubles sensitifs. — Douleurs fulgurantes.

Membres supérieurs : signe de Biernacki = +, anesthésie de l'auriculaire et de la région mamelonnaire.

Membres inférieurs : Anesthésie plantaire.

Retard des perceptions douloureuses.

Troubles trophiques. — Arthropatie tibio-tarsienne.

Troubles des organes des sens. — Vision nette sauf la nuit (myosis permanent), épiphora.

Goût, odorat, audition : normaux.

Troubles génitaux. — Analgésie testiculaire, pollakiurie, spasmes, impuissance.

Réaction de Bordet-Wasserman = + +

Ponction lombaire. — Albuminose légère, hypertension, lymphocytes très abondants.

OBSERVATION II

(Personnelle en collaboration avec le Docteur MONTPELLIER)

(Recueillie dans la *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées de l'Hôpital civil de Mustapha.*)

Tabès, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose abondante, arthropathie du genou droit.

A. A..., Arabe, 38 ans, *journalier*, né à Bordj-Ménaël (Kabylie), où il reste jusqu'à 15 ans. A cet âge, il vient habiter El-Biar (près d'Alger), où il exerce la profession de *cultivateur*. Vers 1908, il part en France aux environs de Toulouse, comme travailleur agricole. Deux ans après il revient à El-Biar qu'il ne quitte plus.

Il se trouvait dans ce dernier village lorsqu'éclata la guerre; il ne fut pas accepté comme militaire uniquement, dit-il, parce qu'on le trouva trop vieux (?).

Marié, deux enfants (2 et 3 ans) en bonne santé. Sa femme, qui n'a eu que ces deux grossesses, se porterait également très bien.

Notre sujet avoue spontanément qu'il est ancien *alcoolique*. Vers l'âge de 20 ans il commençait à boire; il convient lui-même qu'il ingurgitait alors une moyenne de 1 à 2 litres de vin et 5 à 6 absinthes par jour. Ces habitudes d'intempérance le suivirent en France où il remplace le vin par autant d'anisettes. Ce n'est que vers l'âge de 30 ans qu'il renonce définitivement, assure-t-il, à son vice.

Nul autre antécédent pathologique qu'une syphilis contractée en 1911 et qu'il traite dans un service hospitalier d'Alger durant 20 jours seulement. Depuis cette époque, jamais la moindre médication, malgré des ulcérations buccales qui seraient apparues à différentes reprises.

Histoire de la maladie. — Comme toujours chez nos Indigènes, il est difficile d'obtenir des précisions. Depuis longtemps déjà (2 ou 3 ans), douleurs assez violentes, constrictives au niveau du thorax et survenant par accès. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, en particulier le droit; même phénomènes dans la région lombaire. Le malade n'en continue pas moins son travail.

Il y a environ deux mois, brusquement, d'un jour à l'autre, affirme-t-il, tuméfaction du genou droit. En 48 heures cette tuméfaction avait gagné tout le membre correspondant, mais était surtout considérable au genou, au tiers inférieur de la cuisse et à la jambe. En même temps, douleurs très pénibles, à tel point que le malade se décida à entrer immédiatement à l'*Hôpital civil de Mustapha.*

Etat actuel (10 octobre 1919). — Ce qui frappe avant tout dans l'examen du malade, c'est l'arthropathie du genou droit : tuméfaction considérable de l'article, remontant à la racine de la cuisse et descendant jusqu'au tiers moyen de la jambe; en outre, on constate au niveau de l'interligne articulaire une sorte de sillon transversal assez marqué.

A la palpation : l'épiphyse du fémur triplée de volume est d'une dureté ligneuse; empâtement de l'articulation qui donne une sensation de fluctuation nette. L'articulation est disjointe : l'interligne articulaire très accusé permet l'introduction du bout des doigts qui peuvent alors accrocher fortement les rebords du plateau tibial. Le tiers supérieur de la jambe est tuméfié et conserve légèrement le godet d'œdème.

La palpation reste indolore et permet de noter une très grande laxité des ligaments articulaires (mouvements latéraux d'hypérextension de la jambe sur la cuisse); en somme *jambe de polichinelle.*

Dans la station debout, subluxation du tibia en arrière, à tel point que le membre est difficilement utilisable.

La ponction au genou ramène 60 cent. cub. d'un liquide sirupeux filant, ambré et légèrement louche.

Troubles moteurs. — Les membres supérieurs paraissent intacts.

Le membre inférieur gauche conserve sa force. On note cependant de l'hypotonie musculaire (hyperflexion de la cuisse sur le bassin). Autant qu'on en peut juger dans la marche claudicante et aidée d'une canne du sujet, ce membre se comporte parfaitement. Pas d'ébauche d'ataxie locomotrice pour le membre inférieur gauche.

Signe de Romberg manifeste.

Troubles des réflexes. — Abolition des deux côtés des réflexes rotuliens et achilléens. Le crémestérien est sensiblement diminué à gauche, presque aboli à droite; de même pour les abdominaux.

Rien dans les membres supérieurs.

Troubles de la sensibilité.

a) *Subjective :* Le malade éprouve dans le genou droit une douleur continue, sans prédominance nocturne. En outre, douleurs fulgurantes venant par accès dans les M. T., les lombes et quelque peu dans les bras.

b) *Objective :* Aux membres supérieurs, anesthésie à peu près complète des petits doigts avec signe de Biernacki très positif.

Aux membres inférieurs : d'une manière générale, retard à la perception et diminution de la sensibilité tactile d'autant plus marquée que l'on se rapproche davantage de la région plantaire. A droite, anesthésie complète à partir du genou. La sensibilité reste intacte seulement dans le tiers interne et supérieur des cuisses.

Sans qu'il y ait analgésie complète, il y a une diminution considérable de la douleur à la piqûre et différenciation lente du chaud et du froid.

Troubles trophiques. — Indépendamment de l'arthropathie, rien de précis ni du côté des ongles, ni du côté du système pileux.

Examen des yeux. — Pupille régulières, légèrement inégales. Le signe d'Argyll-Robertson complet. Fond d'œil nor-

mal; acuité 0,8 à droite, 0,7 à gauche, rétrécissement centrifuge et considérable du champ visuel, surtout à droite.

L'examen des différents organes ne révèle rien de notable sinon la disparition depuis deux mois du sens génésique et l'absence d'érection.

Ponction lombaire. — Hypertension considérable du liquide qui s'écoule en jet à plus de 20 cent. On retire 9 cent. cub. d'un liquide *eau de roche.*

Albumine : 65 centigr.

Eléments figurés : très grosse réaction lymphocytaire.

Réaction Bordet-Wasserman : subpositif.

Autres recherches de laboratoire. — Urines normales.

Réaction Bordet-Wasserman dans le sang : Fortement positive.

OBSERVATION III

(Inédite, due à l'obligeance du Docteur MONTPELLIER.)

Syphilis cérébro-spinale. — Paraplégie amyotrophique.

(*Résumée*), Hôpital civil de Mustapha. Salle Ricord, Lit 14.

R. B. A., âgé de 35 ans, Kabyle, profession : *gargotier.*

Ce malade est entré pour mauvais état général, gale et phtiriase, le 27 janvier 1917. 12 jours après son entrée il fut pris d'une crise épileptoïde à la suite d'un repas.

A. H. — Néant.

A. P. — Paludisme.

Chancre syphilitique il y a 5 ans (traité pendant un mois salle Ricord, où il reçut une série de bi-iodure, depuis ne s'est plus traité).

Etat actuel à l'entrée. — Mauvais état général, amaigrissement et toux. Traces sur les membres et le tronc d'éruption papuleuse en partie affaissée. Sur le cou taches dépigmentées au centre, pigmentées à la périphérie. Sur la verge, cicatrices ovalaires, cicatrice de bubon à la racine de la cuisse gauche. Quelques lésions croûteuses sur les organes génitaux.

Mains. — Atrophie des 3e et 4e espaces interosseux avec une contracture du 4e doigt.

Pieds. — Déformés, rotation en dehors et adduction.

Douleurs articulaires dans les genoux, rendant la marche difficile.

Troubles moteurs. — Aux membres supérieurs : mobilité conservée.

Aux membres inférieurs : mobilité conservée.
Démarche spasmodique.

Troubles des réflexes. — Le réflexe patellaire est vif à gauche, normal à droite.
Trépidation épileptoïde : ébauchée à droite, plus marquée à gauche.
Babinski = absent.

Troubles sensitifs. — Sensibilité au toucher : diminuée. Sensibilité à la chaleur : intacte.

Troubles trophiques. — Extrêmement marqués. Les muscles de la jambe n'existent plus, ceux de la cuisse sont en voie d'atrophie.
Cette atrophie est encore plus marquée aux membres supérieurs, disparition des éminences thénariennes, hypothénariennes et des muscles interosseux.
Déviation des doigts en coup de vent du côté cubital.
Onychogryphose des deux médius.

Organes des sens. — Rien à signaler.

Sang. — R. de Weasserman : + +.

Liquide céphalo-rachidien. — Albuminose légère.

Quelques lymphocytes (7 à 8 par champ. Hypertension.
R. de Wasserman : faiblement positif.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance du Docteur MONTPELLIER.)

Paraplégie spasmodique syphilitique.

Résumée. — Hôpital civil de Mustapha, Salle Ricord, lit 29.

Il s'agit d'un indigène de 37 ans, A. A., *journalier*, entré d'abord Salle Broussais où il ne nous a pas été possible de trouver traces de son passage.

Evacué sur la Clinique des maladies syphilitiques et cutanées, le 20 mars 1917, le malade y est traité pour une paraplégie des membres inférieurs d'origine syphilitique certaine.

Examen du malade à son entrée. — Le malade n'accuse point de douleur, cependant il a une difficulté très grande à marcher.

Troubles moteurs. — Mouvements conservés, déterminant à leur production de la spasticité.

Troubles des réflexes. — Exagérés et vifs.

Trépidations épileptoïdes très marquées à droite et à gauche, on détermine en les recherchant des contractures rythmiques dans tout le membre.

Signe de Babinski : impossible à déterminer pas plus d'ailleurs que la flexion des orteils.

Trépidations épileptoïdes patellaires.

Troubles de la sensibilité. — a) tactile : conservée.

Membres inférieurs : b) thermique : conservée.

Rien aux membres supérieurs.

Signes subjectifs. — Point de douleurs aux membres in-

férieurs, mais le malade sent qu'ils se contracturent depuis 2 ans.

Sang. *Réaction de Wassérman.* — Positive.

Liquide céphalo-rachidien. — Réaction de Wasserman : négative.

Liquide eau de roche très hypertendu.

Eléments figurés peu nombreux.

Hyperalbuminose (0.60).

Le malade reçoit une série d'injections mercurielles et sort très amélioré le 25 juin 1917; seule, une céphalée ancienne persiste.

OBSERVATION V

(Inédite, due à l'obligeance du Docteur MONTPELLIER.)

Hémiplégie totale gauche syphilitique.

(*Résumée*) *Hôpital civil de Mustapha, Salle Ricord,* N° 15.

B. H., âgé de 30 ans, cultivateur à Gouraya, entre le 15 novembre 1917, pour hémiplégie totale gauche. Paraît ne pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales.

A. H. — Néant.

A. P. — N'accuse aucune maladie vénérienne. Paludisme dans le jeune âge.

Prétend avoir tous les ans depuis 6 ans des crises épileptoïdes, accompagnées de paralysie du membre supérieur et du membre inférieur gauches, qui dure environ 5 à 6 semaines. Jamais traité.

Il y a 5 semaines environ, le malade eut une crise pendant qu'il travaillait. Il perdit connaissance. Au réveil, ses membres supérieur et inférieur gauches étaient paralysés. Aucun trouble de la parole.

Etat actuel le 8 septembre 1917. — Lésions cicatricielles gommeuses. Malade très abattu, très déprimé, refusant toute nourriture.

Troubles moteurs. — Mouvements avec le bras et la jambe gauches, impossibles.

Troubles des réflexes. — Réflexes patellaires exagérés du côté malade, affaiblis du côté sain.

Troubles de la sensibilité. — Néant.

Ponction lombaire. — Le liquide s'écoule en goutte lente.
Albumine au-dessus de 0,10 centigr.
Culot : lymphocytose très prononcée.
R. de B.-Wasserman.

Sang. — R. de B.-Wasserman : +

Après quelques jours de traitement à l'iodure de potassium, l'état général est très amélioré, l'appétit renaît, le malade peut effectuer quelques mouvement du côté paralysé. Le malade sort presque guéri après une série d'injections de bi-iodure de Hg, le 10 janvier 1918.

OBSERVATION VI

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Dumolard)

Paralysie générale progressive

Il s'agit d'un indigène, Z. E. M., âgé de 40 ans, journalier à El-Biar, entré à l'Hôpital civil de Mustapha pour *troubles mentaux.*

A. H. *syphilis. Non alcoolique* (d'après sa famille).
(Le malade n'est porteur d'aucun stigmate d'alcoolisme chronique).

Symptômes et diagnostic. — Paralysie générale à la période d'état, caractérisée par : un affaiblissement global des facultés psychiques, des idées de satisfaction et de grandeur; des troubles oculaires avec inégalité et irrégularité pupillaires (ses pupilles ne réagissent pas à la lumière).

La *ponction lombaire* a mis en évidence : une *lymphocytose*, une *hyperalbuminose* et une *réaction de Wassermann* fortement positive de son liquide céphalo-rachidien.

(Cette observation sera publiée in-extenso par M. le Dr Dumolard).

Causes adjuvantes

Les travaux dont nous avons donné un résumé dans la première partie de notre travail et les quelques observations personnelles ou inédites que nous publions ici, semblent détruire la légende qui faisait du système nerveux des Arabes d'Algérie un système à l'abri de l'infection syphilitique. Nous avons limité notre étude aux Indigènes mahométans, la notion que les autres indigènes d'Algérie, font couramment de la syphilis nerveuse, étant admise.

Pourquoi d'ailleurs, les Arabes syphilisés ne feraient-ils point de la méningo-vascularite, de la myélite, du tabès, de la P. G. ?

La syphilis, en effet, ne doit pas faire exception à la règle de pathologie générale qui veut que toute infection en général, et toute infection chronique en particulier, tende à se localiser de préférence, sur l'appareil *le plus sensibilisé* de l'organisme.

Tout le monde s'accorde donc à faire intervenir dans la fixation du tréponème sur l'axe cérébro-spinal des syphilitiques, des *causes secondes* susceptibles de faire rôle d'appel.

Les *causes secondes* existent-elles chez les Indigènes d'Algérie ? Très certainement oui. Et cependant l'Indigène a la réputation, au point de vue : *tempérament, conditions de vie, hygiène,* etc., d'être très

différent de l'Européen. Ce n'est pas notre avis et nous pensons que l'Indigène mahométan d'Algérie, tout comme le Sémite, tout comme l'Européen, présente, sensiblement au même titre, ces causes secondes que nous allons passer rapidement en revue.

Nous ne nous arrêterons point sur l'opinion de SCHERB, qui a fait de la récente importation de la syphilis chez les Indigènes une des causes principales de la rareté des accidents nerveux chez ces derniers, parce que cet auteur s'est récusé sur ce point.

On a voulu que la syphilis héréditaire ait une action *immunisante* contre les accidents nerveux d'ordre spécifique (J. BRAULT). On sait combien la syphilis héréditaire est fréquente chez les sujets qui nous occupent. Si cette opinion était vraisemblable, presque tous les Indigènes seraient à l'abri des accidents nerveux spécifiques. Or, la liste des affections nerveuses causées par la syphilis héréditaire est longue; il semble même que toutes les affections nerveuses de la syphilis acquise, *sans exception* (LEREDDE) puissent être dues également à la syphilis héréditaire et ceci à l'âge adulte même.

A supposer d'ailleurs, ce qui n'est pas, que la syphilis héréditaire s'accompagne plutôt rarement de manifestations du côté du système nerveux, on ne pourrait tout de même pas invoquer, pour expliquer *l'absence des syphilis nerveuses,* la *rareté des syphilis acquises :* tout le monde s'accorde à dire que les syphilis acquises tout comme les syphilis héréditaires, sont *très fréquentes.* De plus, il ne faut pas perdre de vue que, *le dogme* de l'immunité absolue de tout syphilitique vers une nouvelle infection est sérieusement ébranlé : les exemples, non seulement des hérédo-dystrophiques, mais encore des hérédo-syphilitiques proprement dits, susceptibles de reprendre un tréponème étranger ne se donnent

plus. Il ne faut pas perdre de vue aussi qu'un très grand nombre de syphilis rencontrées chez les enfants ne sont pas des syphilis héréditaires, mais bien des syphilis acquises dans le jeune âge.

On a souvent invoqué, à côté de l'immunité qui est liée à la syphilis héréditaire, l'*absence de tare névropathique* chez les Indigènes. Dans ces conditions, leur système nerveux, pour des raisons diverses, se serait continuellement transmis de génération en génération, en pleine possession de sa vigueur primitive et alors, appareil neuf, il serait plus apte que le système nerveux des Européens, à résister à toute atteinte.

Mais, est-il bien certain que cette *tare névropathique* soit absente ? La *consanguinéité,* les *mariages d'individus trop jeunes ou de vieillards avec de toute jeunes filles,* les *intoxications* par le *kif,* le *tabac,* l'*opium,* le *surmenage génital,* la *vie sous un climat déprimant,* le *soleil,* le *siroco,* « qui exalte les fonctions cérébrales et produit la folie (Collardat), l'*onanisme,* les *rigueurs de leur religion,* ne sont-ce point autant de causes de déchéance du système nerveux ?

D'ailleurs, nous avons le témoignage précieux d'un auteur qualifié en la matière, Porot, qui n'a pas hésité à écrire « qu'une des surprises de cette guerre, a été de révéler, chez ces hommes primitifs, des névroses très fréquentes, un fonds de pithiatisme exceptionnel ».

Une troisième cause adjuvante, surtout mise en avant dans l'*étiologie de la paralysie générale,* réside dans le *surmenage intellectuel :* il est indubitable que la plus grande partie des P. G. de nos semblables se recrute dans la grande famille intellectuelle : avocats, écrivains, ingénieurs, médecins, étudiants, paient un lourd tribut à la Paralysie Générale. Mais les Arabes aussi ont leurs avocats, leurs médecins,

leurs étudiants, en un mot leurs intellectuels. Leurs commerçants fatiguent leur système nerveux comme les nôtres; quant aux paysans, aux simples, ils n'écrivent pas, ils n'ont pas de registres de comptabilité, mais ils ont leur mémoire impeccable, dans laquelle ils inscrivent tout.

Si ont fait intervenir à côté du *surmenage cérébral* des causes telles que les chagrins, les soucis, nous sommes obligés de convenir que le fatalisme des Indigènes adoucit bien souvent leurs soucis aussi bien que leurs tristesses.

Le *surmenage physique* est invoqué surtout pour expliquer les *accidents médullaires* au cours de la syphilis : ce surmenage est certainement plus intense chez les Indigènes que chez nous ; nous n'insisterons pas sur la pratique du coït, de l'onanisme, chez ce peuple tout particulièrement porté à cela. On a voulu faire de l'Arabe un *contemplatif;* or, c'est absolument faux. L'Arabe qui n'a rien à faire est presque toujours en marche, soit vers des marchés lointains, soit vers des lieux de pèlerinage éloignés. S'il a quelque objet à vendre, il fera dix kilomètres pour gagner deux sous de plus. Quant à ceux qui travaillent, ils commencent au lever du soleil et s'arrêtent souvent après son coucher.

Quelques auteurs se sont basés sur *les conditions de vie,* le *défaut d'hygiène,* pour expliquer encore la rareté des syphilis nerveuses chez les Indigènes. Il y aurait, au cours de la syphilis, une sorte d'opposition entre les accidents nerveux et les accidents cutanés; en d'autres termes, certains auteurs ont pensé et pensent encore que certaines syphilis se fixent exclusivement sur la peau et d'autres ne touchent que le système nerveux et les viscères.

Certains auteurs vont même jusqu'à supposer l'existence de plusieurs variétés de Tréponèmes, dont

une serait neurotrope et une autre dermotrope. Ces hypothèses seraient bien en rapport avec la grande majorité des auteurs pour lesquels le système nerveux des Arabes est presque toujours indemne au cours de la syphilis : on est obligé de convenir, en effet, que les Indigènes présentent très souvent au cours de la vérole, des *accidents cutanés*.

Mais la plupart des Arabes syphilitiques, présentant des accidents nerveux, que nous avons pu voir pendant la guerre, portaient sur leurs téguments des traces de lésions cutanées spécifiques, souvent même des lésions en pleine activité.

Il est encore des causes qui sont données comme favorisant l'*éclosion de la syphilis nerveuse* : on a parlé des *infections*, des *intoxications*...

Les *infections* nous retiendront peu. D'après Menninger, les *effets neurotoxiques* surajoutés de la *grippe* sont susceptibles de provoquer l'épanouissement d'une syphilis, latente jusque là, et de l'aggraver lorsqu'elle n'en est qu'à sa phase clinique initiale. Il ne s'agit en somme que d'une *aggravation*, la méningite latente prouvant que l'appareil nerveux était déjà en lutte avec le Tréponème.

Les *intoxications* sont autrement importantes : L'*intoxication la plus néfaste au cours de la syphilis paraît être l'alcoolisme*.

A la suite des travaux de Lenoble et Daniel, qui ont montré la présence et la persistance de l'alcool dans le *liquide céphalo-rachidien* des individus qui boivent des *boissons éthyliques*, il ne semble pas douteux que l'alcool et les essences sensibilisent l'axe cérébro-spinal. Il est certain qu'une grande partie des *syphilitiques nerveux* s'est adonnée à l'*alcoolisme*, et les auteurs qui, avant la guerre, ont publié des observations d'Arabes atteints de syphilis nerveuse n'ont pas manqué d'attirer notre attention sur leurs

habitudes alcooliques. Pour ces derniers, la rareté des accidents nerveux spécifiques chez les Indigènes est fonction de leur tempérance.

Lacapère, dans un article récent, note la rareté du tabès et de la P. G. chez les *Musulmans du Maroc :* ces lésions de sclérose seraient, pour lui, conditionnées par l'alcoolisme et l'hypertension artérielle par lui provoquée. Or, l'intoxication alcoolique manquant chez l'Indigène marocain, qui est de plus un hypotendu en raison de son paludisme chronique, il s'ensuit que l'Indigène syphilisé a tendance à faire des processus *gommeux* plutôt que des processus *scléreux;* que, dans ces conditions, toutes les affections à évolution scléreuse doivent manquer et manquent effectivement chez lui.

D'abord nous répondrons qu'on a constaté des lésions nerveuses chez des Indigènes syphilisés, mais non alcooliques. Ensuite, on peut faire remarquer qu'au point de vue anatomo-pathologique, on peut considérer beaucoup d'affections cérébro-spinales, y compris le tabès, non comme des scléroses primitives, mais comme de simples processus d'infiltration embryonnaire, de méningo-vascularite, avec formation de gommes au moins miliaires et déterminant secondairement des scléroses par compression. Enfin, il y aurait beaucoup à dire sur cette prétendue absence de *diathèse sclérogène :* combien d'Indigènes passent journellement sous nos yeux, qui font des *cirrhoses hépatiques, des aortites, des scléroses du Poumon, des cirrhoses spléniques...*

D'ailleurs il ne faut pas croire que les Indigènes de nos jours ne boivent pas des boissons éthyliques : ceux qui ont fait la guerre avec nous ont bu comme nous la ration de vin et d'eau-de-vie allouée à chaque soldat. Les *travailleurs,* dans *l'intérieur de la*

France, peuplaient les cafés où ils se grisaient régulièrement.

En *Algérie,* beaucoup d'Indigènes des villes et même des campagnes s'adonnent à l'alcoolisme. Le vin d'ailleurs existe depuis longtemps dans certaines régions de l'Algérie : les *vins d'Afrique* étaient très renommés du temps de l'*occupation Romaine;* et si *Mahomet* a interdit à ses fidèles l'usage des boissons fermentées, c'est uniquement parce qu'ils s'enivraient trop souvent.

Enfin, en supposant même que l'alcool intervient d'une façon indiscutable dans les syphilis nerveuses, il n'apparaît pas que l'Indigène reste à l'abri des accidents nerveux lorsqu'il ne boit pas.

Les Arabes ont, du reste, d'autres moyens d'intoxication : le *tabac* « qui dissipe les chagrins et chasse des nuées de soucis avec des nuées de fumée », l'*opium,* réservé aux privilégiés de la fortune, le *bendj* (jusquiame), *enfin et surtout le hachich ou kif.*

« Les effets *neurotoxiques* du kif sont tels que vers 1850, dit, Bertherand, à *Orléansville,* une bande de jeunes gens de très bonnes familles, perdit la raison pour avoir trop aimé l'*herbe aux fakirs* ou *herbe de la joie* ».

En résumé, nous n'hésitons pas à conclure de tout ce qui précède que les Indigènes mahométans d'Algérie de nos jours, ne se différencient sensiblement de l'Européen, ni par les conditions sociales, ni par ses habitudes.

Il ne resterait donc plus, pour invoquer l'état réfractaire possible de leur système nerveux, que le facteur « race ». *A priori,* on comprend très bien qu'une race, de par la fixation de certains caractères ethniques qui la différencient nettement des races voisines, puisse présenter tout comme elle le fait au

point de vue physique, des appareils dont la résistance est sensiblement différente.

On conçoit donc que tel *groupe ethnique* présente des aptitudes peu ou prou marquées à faire telle ou telle affection; à vrai dire, c'est l'argument qui nous paraît *le plus important* pour expliquer cette *prétendue immunité* du système nerveux chez nos Arabes.

Mais il ne faut pas perdre de vue que l'Indigène algérien n'est pas du tout, au point de vue ethnique, ce que l'on pourrait penser : si l'on excepte quelques rares *tribus,* surtout nomades, qui, souvent, par des *moyens héroïques,* ont réussi à conserver leur *originalité,* il faut convenir que la grande majorité des *peuplades de l'Afrique du Nord* est un *métissage* plus ou moins marqué d'*Arabes véritables,* de *Berbères,* d'*Abbazites,* de *Turcs,* d'*Egyptiens,* etc., en un mot de *peuples orientaux* et de *peuples de l'Europe Occidentale.*

Ceci s'explique fort bien par la notion des invasions nombreuses, à points de départ variés, dont l'*Afrique du Nord* fut le *théâtre,* jusqu'au VII[e] siècle, date approximative à laquelle les premiers conquérants Arabes s'installèrent définitivement en *Algérie* en chassant les *Berbères* ou en se mélangeant à eux.

En somme, ceci rappelle assez l'histoire des *chiens de « race »* qui, lorsqu'ils sont jeunes, *presque infailliblement,* prennent la « *maladie* », alors que les *chiens, produits de races très différentes,* sont à peu près *réfractaires* à cette même « *maladie* ».

Conclusions

I. — La *syphilis nerveuse,* d'abord *niée* a été, dans la suite, déclarée *très rare* chez les Indigènes mahométans d'Algérie.

II. — Les observations nombreuses de syphilis nerveuse cliniquement décelables publiées jusqu'à ce jour, semblent prouver que la syphilis nerveuse *n'est pas rare* chez les Arabes.

III. — Les travaux basés sur l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les Indigènes syphilitiques ne présentant aucun symptôme clinique de syphilis cérébro-spinale, semblent démontrer que la *méningite latente* peut exister, dès la période secondaire, chez les indigènes.

IV. — Les *causes adjuvantes,* que l'on donne généralement comme capables de déterminer, chez l'Européen, la fixation du Tréponème sur l'axe nerveux, se retrouvent fréquemment chez les Indigènes mahométans d'Algérie.

Bibliographie

Dr E. Battarel. — La question de la P. G. en Algérie. *Bul. Méd.* Algérie, 1911.

Dr P. Battarel. — Quelques remarques sur la P. G. chez les Indigènes musulmans de l'Algérie. Thèse Montpellier, 1902.

Dr Bertherand. — La médecine des Arabes, 1855.

Pr Brault. — Pathologie et Hygiène des Indigènes en Algérie, 1905, Alger.

— Note au sujet de la fréquence des maladies du système nerveux chez les Indigènes musulmans d'Algérie, (extrait de *Janus* : Juillet 1907).

— Les maladies cutanées et vénériennes chez les Indigènes musulmans d'Algérie, in *Revue générale des Sciences*, 1904.

Dr Collardat. — De l'opportunité de créer un Etablissement spécial d'aliénés en Algérie, *Soc. Méd. d'Algérie*, 1864.

Dr Coudray, médecin militaire. — Infirmeries mobiles. — *Bul. Méd. d'Algérie*, 1910.

Dr Dussourt. — Notice topographique et médicale sur Orléansville, in *Mém. de Méd. Chir. et Pharmacie militaires*, 1853.

Dr Gallois (Eug.). — Esquisse sur la topographie d'Hammam Meskoutine, in *Mém. de Méd., Chirurg., Pharm. militaires*, 1846.

Pr Gaucher. — Syphilis cérébrale, oct. Doin, Edit. 1910.

Dr Gerbay. — Voir Lévy-Bing.

Pr Gillot. — Quelques considérations sur la Pathologie des Arabes en Algérie, *Lyon Médical*, 1902, n° 99.

— Un cas de tabès chez un Arabe buveur d'absinthe, *Soc. Méd. d'Alger*, 1905.

Dr Gros. — Statistique de l'Infirmerie de Rebéval en 1904, (*Bullet. Méd. d'Algérie*, 1905-1906).

Dr Lacapère. — Causes d'orientation de la syphilis. — Combinaison alcool et syphilis, *Presse Médic*, n° 37, année 1919.

Dr Leclerc. — Mission en Kabylie (1863), in *Gaz. Méd. d'Algérie*.

Léon l'Africain. — Traduction de l'Afrique; tierce partie du monde, par Jean Temporal, Tome I.

Dr Lévy-Bing. — La syphilis et en particulier ses manifestations nerveuses chez les Arabes aux armées, *An. Mal. vénériennes*, août 1917. — (En collaboration avec le Docteur Gerbay).

Dr Leredde. — Domaine, Traitement et Prophylaxie de la syphilis. Art. syphilis nerveuse, Maloine, Paris 1917

Dr Lévy-Valensi. — (Voir Sicard, de Paris).

Dr A. Marie. — Quelques photographies d'Arabes syphilitiques et P. G., 1906, in *Revue Neurologique*, 1907.

Dr Meilhan. — Contribution à l'étude de la P. G. chez les Arabes, in *An. Médico-psychol.*, T. XIII, n° 120.

Dr Menninger. — Grippe et syphilis nerveuse. — *Arch. of Internal. Medicine*, Tome XXIV, n° 1., 15 juillet 1919.

Dr Mertz. — *Bulletin du Comité d'Etudes médicales propres à l'Algérie* (1895).

Dr Montpellier. — 1° La syphilis secondaire chez les Indigènes musulmans de l'Afrique du Nord, 1917, in *An Mal. vénériennes*.

— 2° Modif. du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis chez les Indigènes d'Algérie, (août 1918).

— 3° La syphilis nerveuse chez les Indigènes d'Algérie, (Janvier 1919).

Dr Porot. — La syphilis nerveuse chez les Arabes. — *Revue Neurol.* 1916.

— Notes sur la Psychiatrie musulmane. — *An. médico-psychol.*, 1918.

Dr Ravaut. — Comment dépister la syphilis nerveuse. — *Annal. Méd.*, Janvier 1914.

Dr Roy. — De la syphilis chez les Noirs de l'Afrique, in *Revue Oto-Rhino-laryngol*, du Docteur Mouré, n° 11, 15 Juin 1919.

Pr Scherb. — De la rareté des accidents nerveux chez les Arabes syphilitiques, in *Revue Neurol.* n° 11, 15 Juin 1901.

— Tabès et P. G. chez les Indigènes musulmans d'Algérie, Comptes-rendus du Congrès français de Médecine, T. II, 1905.

— Observation de P. G. chez un Arabe syphilitique, *Revue Neurol.*, Juin 1903.

— Observation de Tabès chez un Arabe syphilitique, in Congrès français de Médecine, 1905.

— Travaux personnels, Montégut, Alger, 1913.

Dr Sicard (d'Alger). — 1° Etude sur la fréquence des maladies nerveuses chez les Indigènes musulmans de l'Algérie. — Thèse, Lyon, 1907.

— 2° Les affections para-syphilitiques chez les Indigènes. — *Bul. Méd. de l'Algérie*, 1910.

Dr Sicard (de Paris). — La syphilis latente des Arabes. — *Bul. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1916. — (En collaboration avec le Docteur Lévy-Valensy).

Dr Vincent. — Exposé clinique des maladies des Kabyles, Alger, 1862.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GILLOT.

Vu : *Le Doyen,*
J. CURTILLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Alger, le 21 Novembre 1919.

Le Recteur,
E. ARDAILLON.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 7

Historique 9

Observations personnelles ou inédites..... 28

Causes adjuvantes..... 42

Conclusions 50

Bibliographie 51